

Фармакотерапия БА включала базисную противовоспалительную терапию с использованием ИГКС на основе флутиказона пропионата (фликсотид). Лечение фликсотидом проводилось по 1 дозе (50-125 мкг) 1-2 раза в день на протяжении 9-16 дней в стационаре с продолжением базисной терапии в амбулаторных условиях в соответствии с клиническим протоколом.

Комбинированная терапия у детей с БА включала традиционную фармакотерапию заболевания ИГКС + курс аутосеротерапии.

Курс аутосеротерапии в стационаре составлял 10 дней. Применяемая схема лечения включала внутривенные инъекции собственной сыворотки крови по 0,1- 0,2- 0,3 мл подлопаточно, паравerteбрально на уровне VII шейного позвонка отступив на 1 см в сторону или в области внутренней поверхности нижней трети предплечья [3].

Методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) было изучено содержание IgA, IgM, IgG, IgE общего, ИЛ-4, ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови с помощью наборов реактивов фирмы "Вектор-Бест" (Новосибирск, Россия). Концентрации IgA, IgM и IgG выражали в г/л, IgE общего - в МЕ/мл, исследуемых цитокинов – в пг/мл. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного обследования было выявлено, что при применении ИГКС в лечении БА у детей наблюдалось достоверное повышение концентрации сывороточного IgA в группах пациентов до и после лечения ($p = 0,025$).

При использовании аутосеротерапии в лечении детей с БА отмечается достоверное повышение содержания общего IgE в группах до и после терапии ($p = 0,023$). Это, вероятно, может быть связано с запуском процесса конкуренции за рецепторы тучных клеток и базофилов с аллергенспецифическими IgE, учитывая то, что ни у одного пациента на фоне повышения содержания IgE общего не наблюдалось ухудшение общего самочувствия и отсутствовали клинические признаки болезни.

В результате проведенного обследования было выявлено, что при применении комбинированного лечения у детей с БА наблюдается достоверное повышение сывороточных концентраций IgA ($p = 0,002$) и IgE общего ($p = 0,049$). Следовательно, комбинированная терапия позволяет сочетать у детей с БА основные эффекты, наблюдаемые при изолированном применении ими ИГКС и прохождении курса иммунокорректирующей терапии аутосывороткой.

Выводы

1. ИГКС на основе флутиказона пропионата способствуют повышению содержания IgA в сыворотке крови детей с БА уже на стационарном этапе лечения ($p = 0,025$).

2. При использовании аутосеротерапии в лечении детей с БА отмечается достоверное повышение содержания общего IgE ($p = 0,023$) и улучшение клинической картины заболевания, что, вероятно, может быть связано с процессом конкуренции за рецепторы тучных клеток и базофилов с аллергенспецифическими IgE.

3. В результате комбинированного лечения детей с БА (ИГКС + аутосеротерапия) наблюдается достоверное увеличение содержания IgA ($p = 0,002$) и IgE общего ($p = 0,049$) в сыворотке крови, т.е. имеет место потенцирование лечебных эффектов.

Литература

1. Федорович, С.В. Астма XXI века: новые направления в диагностике, лечении и профилактике / С.В. Федорович, Н.Л. Арсентьева, И.Л. Арсентьева // Мед. новости. – 2005. – № 4. – С. 12–15.

2. Жерносек, В.Ф. Новая стратегия и тактика контролирующей терапии бронхиальной астмы у детей и подростков / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбова // Мед. новости. – 2007. – № 4. – С. 26–31.

3. Метод аутосеротерапии аллергических заболеваний у детей : инструкция на метод ; № 009–0311 от 18.03.2011 / В.И. Новикова [и др.]. – С. 1–16.

КУРЕНИЕ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ОСТАВЬТЕ РЕБЕНКУ ШАНС

Мацук О.Н., Баркун Г.К., Дедуль М.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Беременная женщина вредит своему еще не родившемуся ребенку, которому даже не приходится выбирать – фактически он «курит» вместе со своей мамой. Практически во всех странах мира имеет место выраженный рост числа курящих женщин. В США, например, курят не менее трети всех женщин в возрасте старше 15 лет, 52-55% беременных являются курящими, а 20-25% из них курят на протяжении всей беременности. В Великобритании 43% беременных курят, причем среди первородящих женщин курящие были в среднем на 2 года моложе некурящих, а среди повторнородящих - на 2,5 года [1,2]. В последние десятилетия во всем мире проведено множество исследований, развивших и углубивших представления о вредном влиянии курения на плод и новорожденного [1,2,3,4,5,6,7,8].

В Австралии, по данным литературы, к моменту установления беременности курили 40% женщин, после чего часть прекратила, однако 33% беременных продолжали курить. После установления беременности в Швейцарии прекратили курение 9%. Растет число курящих женщин детородного возраста в Канаде [2].

Испанские ученые выяснили, что курение не просто передается по наследству, но является привычкой, «сцепленной с полом». Вообще-то таким понятием в генетике обозначается некий признак, который наследуется только родственниками одного пола. Так вот, курение в большинстве семей передается от отцов к сыновьям, а дочери, соответственно, наследуют вредную привычку от матерей [3].

Курение беременной женщины вызывает: спазм маточных сосудов с замедлением маточно-плацентарного кровотока, продолжающийся 20-30 минут после одной выкуренной сигареты; подавление дыхательных движений плода; появление в крови плода никотина и других токсических веществ, что приводит к задержке роста, массы тела и рождению ребенка с ее дефицитом; увеличивается риск перинатальной смертности, угроза прерывания беременности и синдрома гипервозбудимости в неонатальном периоде [3,5,8].

Специалисты из университета Сантьяго-де-Компостелы установили что в случае, если курильщиками являются оба родителя, риск, что их дочь также пристрастится к никотину составляет 23%. В случае, если в семье подрастает сын – 24%. Оказалось, что вероятность того, что сын станет курильщиком, если дурной пример подаёт отец составляет 12%, и при этом практически равен нулю, если курит только мать. И наоборот, если курит мать, то дочь начнет курить с большей долей вероятности (12%), чем, если курит только отец. В том же случае, если дети проживают в неполной семье – только с матерью, мальчики начинают курить в 32 случаях из 100, а девочки в 28 [2,7,8].

Неблагоприятное действие курения на плод выражается «индексом» его ранимости, повышенного риска спонтанного аборта, преждевременных родов, перинатальной смертности, длительного вредного влияния на его физический рост, развитие нервной системы и интеллекта ребенка. Для суммарной оценки влияния курения матерей на плод пользуются термином «фетальный табачный синдром». Таким образом у курящих беременных, а также женщин, куривших до беременности, следует иметь в виду следующие опасные ситуации: увеличение частоты самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, рост частоты недоношенности и недостаточность массы тела при рождении, нарушения в кормлении новорожденных, снижение адаптационных возможностей и риск заболеваний новорожденных, увеличение числа врожденных дефектов развития, ухудшение физического и психического развития ребенка [4,5,6,7,8].

В МКБ X пересмотра табачный синдром имеет шифр P.04.2 -Поражение плода и новорожденного вследствие потребления матерью табака.

Было обследовано в ВДОКЦ 28 новорожденных от матерей с никотиновой зависимостью, возраст которых варьировал от 17 до 38 лет. У всех матерей к моменту наступления беременности стаж курения составлял 3 года и более, в последующем женщины продолжали курить и во время беременности. Все мамы новорожденных имели низкий социальный статус, при этом 72% проживали в сельской местности, 84% - не замужем.

Недоношенными родились 75% детей. По разным данным, у курящих женщин недоношенные дети рождаются в 6,5-33,5% случаев, в то время как у некурящих - всего в 0,8-11,2% [3,4].

Осложненное течение беременности и родов отмечалось в виде хронической плацентарной недостаточности, кольпита, анемии 2-3 степени, хламидиоза, маловодия, угрозы прерывания беременности, ОРВИ. Путем операции кесарево сечение было рождено 18% детей. Пренатальная гипотрофия отмечалась у 79% детей. Имеются данные о том, что у курящих женщин в 2,2 раза чаще рождаются дети массой тела менее 2500 г. В целом масса тела детей, рожденных от курящих матерей, на 150-350 г меньше массы тела детей, рожденных от некурящих матерей [6,8].

При этом оценка по шкале Апгар у новорожденных была хорошая - 8-8 баллов. При осмотре невролога у 100% детей было отмечено снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов и синдром гипервозбудимости. Практически все дети получали искусственное вскармливание с рождения - 82%.

На ультразвуковом исследовании сердца выявлено у 100% новорожденных - открытое овальное окно. При осмотре невролога всем новорожденным 100% был выставлен диагноз - поражение плода и новорожденного обусловленное употреблением табака матерью во время беременности. Дети, родившиеся у курящих женщин, характеризуются замедлением не только физического, но и интеллектуального, в том числе эмоционального, развития.

По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни. У детей курящих родителей по сравнению с детьми из семей, в которых не курили, выявлены отклонения в способности читать, социальной приспособляемости и в некоторых физиологических параметрах.

Таким образом, представленные выше данные подчеркивают необходимость обратить внимание акушерам – гинекологам, неонатологам, педиатрам и врачам всех специальностей на серьезную проблему в Беларуси - курение среди женщин. В настоящее время она превратилась из медицинской в медико-социальную. Её решение возможно только путем привлечения средств массовой информации, всей общественности, серьезной работе медиков и педагогов в школах, особенно с девочками-подростками.

Литература

1. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome / M. Kharrazi // Epidemiology. – 2004. – Vol. 15, № 6. – P. 660-670.
2. Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey / World health organization, 2004.
3. Exposure to smoking during pregnancy : Barcelona (Spain) 1994-2001 / J. Salvador [et al.] // An. Pediatr. – 2004. – Vol. 60, № 2. – P. 139-141.
4. Fetal tobacco syndrome and perinatal outcome / D. Habek et al. // Fetal Diagn. Ther. – 2002. – Vol. 17, № 6. – P. 367.
5. Influence of maternal tobacco smoking during pregnancy on uterine, umbilical and fetal cerebral artery blood flows / C. A. Albuquerque [et al.] // Early Hum. Dev. – 2004. – Vol. 80, № 1. – P. 31-42.
6. Smoking and reproduction. Part 2 : Smoking and pregnancy / E. Kralikova, V. Himmerova // Cas. Lek. Cesk. – 2004. – Vol. 143, № 4. – P. 270-273.
7. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. – М. : Триада-Х, 2005.
8. Неонатология / А.К. Ткаченко [и др.]. – Мн. : Высш.шк, 2009. – 493 с.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМУЛИРОВКИ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА ПАЦИЕНТОВ С ПРОЛАПСОМ ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ НА ОСНОВАНИИ МКБ-10 И POP-Q

Мицкевич Е.А., Дивакова Т.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Клинический диагноз в акушерстве и гинекологии – медицинское заключение о состоянии здоровья пациента, имеющемся заболевании, выраженное в специальных терминах. Содержанием диагноза также могут являться особые состояния женского организма, например, менопауза, постменопауза, или этап обследования и лечения, например, название оперативного вмешательства, послеоперационный период [1]. Сопутствующие опущению и выпадению тазовых органов элонгация шейки матки, старый разрыв промежности могут потребовать дополнительных этапов хирургического лечения, вовлечение в патологический процесс мочевого пузыря, прямой кишки, сопутствующие заболевания – участия в лечебно-диагностическом процессе уролога, проктолога, невролога, терапевта. Возрастающее число пациентов, получающих хирургическое лечение по поводу дисфункции тазового дна, необходимость участия в лечебно-диагностическом процессе врачей разных специальностей, обуславливают актуальность определения единых подходов к формулированию и интерпретации клинического диагноза.

Цель: изучить особенности формулирования клинического диагноза пациентов с пролапсом тазовых органов

Материал и методы В исследование были включены 250 пациентов с патологией тазового дна, получившие хирургическое лечение в гинекологическом отделении Витебского областного специализированного клинического центра (ВОКСЦ) с 2009 по 2014 гг. Стадию и вид пролапса определяли по международной системе стадирования POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) и МКБ-10 (международная классификация болезней 10-го пересмотра). Оценивали результаты комплексного лечения через 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. Многообразие классификаций и систем стадирования пролапса тазовых органов отражают их ограниченность и несовершенство. На практике врачу приходится компилировать заключение о «состоянии нездоровья» пациента согласно утвержденных министерством здравоохранения документов, собственного опыта, знаний и клинического мышления. Основой клинического диагноза по МКБ-10 – система рубрик, объединяющих конкретные нозологические единицы [2]. Единый алгоритм без учета особенностей каждой женщины приводит к «лечению болезни, а не больной». Этиопатогенетические аспекты пролапса тазовых органов, которые влияют на выбор метода и объема лечения, прогноз его эффективности, невозможно раскрыть в рамках только МКБ-10. Нарушения здоровья должны рассматриваться как звенья единого процесса. Такой подход к постановке диагноза отражает принцип современной медицины «лечить больного, а не болезнь».

Система стадирования пролапса POP-Q (International Continence Society, ICS) с 1998г. стала общепризнанной во всем мире [3]. Плюсами ее являются воспроизводимость, точность, независимость результатов стадирования от положения пациента. Однако согласно ICS, в результате только объективного обследования неправомерно ставить диагноз «цистоцеле», «ректоцеле». POP-Q описывает пролапс тазовых органов, поскольку вместе с гениталиями зачастую в грыжевом мешке находятся уретра, мочевой пузырь, кишечник, сальник, что приводит к нарушению функций органов не только за счет выпадения и механического сдавления, но и за счет нарушения иннервации, кровообращения и дисбиоза.

Формулировка диагноза требует использования стандартных, общепринятых терминов и понятий для обеспечения преемственности между врачами различных специальностей, амбулаторным и стационарным